

datum: 5 juni 2026

Advies VVSG over voorontwerp van wet houdende wijziging van de RMI-wet, het RMI-KB en de wet van 2 april 1965 wat betreft het geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie (GPMI)

1. Inleiding

Voor we ingaan op het voorontwerp van wet, wil de VVSG in herinnering brengen dat er tijdens eerder overleg met de minister een vermindering van de administratieve werklust werd beloofd. Daarbij werd gezegd dat de hervorming van het GPMI zou bijdragen tot een verlichting van de administratieve werklust voor de OCMW's. Dit als tegengewicht voor de gestegen werkdruk als gevolg van de beperking van de werkloosheidsuitkeringen in de tijd. De voorgestelde vermindering van het aantal GPMI-evaluaties van drie naar twee per jaar is inderdaad een vermindering van de werklust. Deze zeer beperkte vermindering van de werklust weegt evenwel niet op tegen de bijkomende werklust die de hervorming van het GPMI met zich mee zal brengen, vooral door de extra taken voor OCMW-cliënten met verslavings- en/of budgettaire moeilijkheden.

In de onderstaande analyse van het voorontwerp van wet houden we grotendeels de volgorde van het voorontwerp van wet aan om de leesbaarheid te bevorderen. We maken gebruik van de afkortingen „RMI-wet“ (voor de wet van 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie), „RMI-KB (voor het koninklijk besluit van 2002 houdende algemene regeling inzake het recht op maatschappelijke integratie), „Voorontwerp“ voor het voorontwerp van wet dat ter advies is voorgelegd en „GPMI“ voor het geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie.

2. De schrapping van de woorden „al dan niet” en het voornemen om het GPMI algemeen in te voeren en het verplicht te stellen - Artikels 2 en 10 van de RMI-wet, zoals voorzien in de artikelen 2 en 3 van het voorontwerp

Door in de artikelen 2 en 10 van de RMI-wet de woorden „al dan niet” te schrappen veroorzaakt het voorontwerp verwarring, aangezien onmiddellijk daarna wordt verduidelijkt dat het OCMW een cliënt kan vrijstellen van het ondertekenen van een GPMI om gezondheids- of billijkheidsredenen.

Zo ontstaat verwarring tussen enerzijds de gezondheids- of billijkheidsredenen op basis waarvan iemand kan worden vrijgesteld om te werken en anderzijds de gezondheids- of billijkheidsredenen op basis waarvan iemand kan worden vrijgesteld van het ondertekenen van een GPMI.

Het voorbeeld van een student kan dit verduidelijken: deze kan tijdens het schooljaar worden vrijgesteld van zijn verplichting om zich beschikbaar te stellen voor werk, zonder dat hij daarmee wordt vrijgesteld van het volgen van een GPMI.

Door in artikel 11, § 2, van de RMI-wet punt c): “*wanneer de betrokkene de afgelopen drie maanden geen aanspraak heeft gemaakt op het recht op sociale integratie*” te schrappen, maakt het voorontwerp het GPMI verplicht voor alle leefloongerechtigden. Vandaag is het GPMI alleen verplicht voor nieuwe begunstigden die de afgelopen drie maanden geen aanspraak hebben gemaakt op een leefloon. Deze veralgemening van het verplicht GPMI roept een aantal bedenkingen op.

2.1. Uitbreiding van de doelgroep

Het GPMI wordt verplicht voor alle leefloongerechtigden voor heel de periode dat ze leefloon ontvangen. Alleen voor mensen die het leefloon aanvullend op hun loon ontvangen én ouder zijn dan 25 jaar, is de opmaak van het GPMI facultatief (art. 30 §1 RMI-wet). Daarnaast breidt deze verplichting ook uit naar alle equivalent leefloongerechtigden. Dit zorgt voor een hogere werklast, en dit ook voor cliënten waarvoor het opmaken van een GPMI misschien niet echt nodig is nl. mensen die slechts voor een heel korte periode leefloon aanvragen, voldoende zelfredzaam zijn,....

2.2. Grote complexiteit en werkdruk

Eerdere evaluaties van het GPMI (zie met name de [Studie van 2021](#) naar aanleiding van de hervorming van minister Borsus in 2016) hebben aangetoond dat het huidige GPMI een administratieve overbelasting met zich meebrengt. De huidige regelgeving is complex en de formalisering biedt geen enkele meerwaarde. Het voorontwerp leidt niet tot vereenvoudiging, in tegendeel.

Ter illustratie, in dit voorontwerp is er onder andere een verschil tussen personen jonger dan 25 jaar en personen vanaf 25 jaar wat betreft de behandeling van een verslaving aan psychoactieve stoffen. Het is onduidelijk waarom dit onderscheid tussen personen jonger dan 25 jaar en personen vanaf 25 jaar blijft bestaan, terwijl de verplichting om een GPMI op te maken nu voor iedereen geldt.

Er loopt momenteel ook een studie naar de werkdruk van maatschappelijk werkers. Het rapport en de aanbevelingen worden eind 2026 verwacht. Een goede afstemming met deze resultaten is essentieel om de hoge werkdruk te verlichten.

De veralgemening van het GPMI zonder vereenvoudiging is problematisch omwille van de extra werklast die ze met zich meebrengt. Temeer omdat er nog geen bewijs is dat de meerwaarde van het GPMI als methodologisch instrument aantoonbaar is. We verwijzen opnieuw naar de [Studie van 2021](#) naar aanleiding van de hervorming van minister Borsus in 2016.

Het GPMI leidt nu al tot tijdverlies door het opstellen van documenten, verzamelen van bewijsstukken, het uitvoeren van evaluaties en het voldoen aan formele vereisten. De uitbreiding van deze verplichting dreigt de druk op de toch al overbelaste teams nog verder te verhogen.

Bovendien moeten de wijzigingen van het GPMI gelezen worden in samenhang met de wijzigingen die momenteel worden voorbereid in het kader van de koppeling van het recht op (equivalent) leefloon voor erkende vluchtelingen en subsidiair en tijdelijk beschermde personen aan integratie-inspanningen. Voor deze personen zullen immers zowel de algemene regels m.b.t. het GPMI als de regels m.b.t. de integratie-inspanningen van toepassing zijn. Door de verschillende gronden voor afwijkingen, verschillende termijnen en verschillende procedures, zal de administratieve werklast voor de OCMW's aanzienlijk verzwaren.

De VVSG verwijst in dit verband naar het advies van 28 april 2026 en naar het verzoek om de GPMI-regels (uitvoeringstermijnen, evaluatietermijnen, enz.) voor alle GPMI's, ongeacht de betrokken doelgroep op elkaar af te stemmen. In bijlage 2 een illustratie van de belangrijkste verschillen per doelgroep. Dit toont aan dat als deze wetswijzigingen niet op elkaar afgestemd worden, de complexiteit zal verhogen.

3. Verslaving aan een psychoactieve stof kan geen gezondheids- of billijkheidsredenen zijn die het ondertekenen van een GPMI in de weg staat - Artikel 3 van het voorontwerp tot wijziging van artikel 10 van de RMI-wet

Dit artikel sluit verslaving aan een psychoactieve stof uitdrukkelijk uit als gezondheids- of billijkheidsredenen tot vrijstelling voor het opmaken van een GPMI.

De VVSG constateert dat deze voorgestelde werkwijze tot grote bedenkingen leidt, vooral van het terrein en één van de meest omstreden aspecten van het voorontwerp is. Verslaving moet worden beschouwd als een ziekte, of zelfs als een complexe chronische aandoening, die niet kan worden gereduceerd tot een gebrek aan wilskracht.

Billijkheidsredenen bieden juist de mogelijkheid om de begeleiding aan te passen aan de concrete situatie van de persoon.

Ten eerste maken billijkheidsredenen het mogelijk om het tempo van de persoon te respecteren, rekening te houden met zijn werkelijke capaciteiten en zijn toestand op het moment van de begeleiding.

Ten tweede dragen billijkheidsredenen bij aan het behoud van de hulpverleningsrelatie door te voorkomen dat de vertrouwensband, die onmisbaar is voor de begeleiding, wordt aangetast.

Ten derde voorkomen billijkheidsredenen dat er onmiddellijk een kader wordt opgelegd waaraan de persoon zich niet kan houden.

Volgende elementen ondersteunen verder deze analyse.

Verslavingen gaan vaak gepaard met psychische stoornissen.

Het weigeren van zorg of ontkenning van de verslaving vormen vaak een intrinsiek onderdeel van de problematiek zelf .

Als er een vermoeden van verslaving is en de maatschappelijk werker verwijst door naar een zorgverlener die dit vermoeden bevestigt, dan moet de door de zorgverlener voorgestelde behandeling in het GPMI opgenomen worden. De maatschappelijk werker verliest hierdoor zijn discretionaire beoordelingsruimte.

Bovendien is er geen tijd meer om methodisch met de cliënt te werken. In plaats van individuele begeleiding te bieden, dreigt de rol van maatschappelijk werkers gereduceerd te worden tot een louter administratieve taak. Er is al een tekort aan maatschappelijk werkers. De jobinhoud uithollen zal dit tekort alleen nog groter maken.

Om deze redenen vormt het uitsluiten van billijkheidsredenen bij verslaving een verenging van de begeleiding en een miskennis van de praktijkervaring van maatschappelijk werkers.

Ten slotte rijst de fundamentele vraag: Waarom wordt verslaving anders behandeld dan andere aandoeningen, terwijl deze aandoening volledig onder het domein van de (geestelijke) gezondheid valt?

4. Vermoedens van verslaving, opleggen van medisch onderzoek en behandeling die in het GPMI moeten worden opgenomen - Artikel 4, lid 1, van het voorontwerp tot wijziging van artikel 11, lid 1, van de RMI-wet en artikel 5 van het voorontwerp tot wijziging van artikel 13 van de RMI-wet

4.1. Problematisch karakter van de term „vermoeden“

OCMW's vinden de term "vermoeden" erg vaag. Maatschappelijk werkers wijzen erop dat zij geen artsen zijn en ook geen begin van diagnose kunnen stellen.

Op basis van welke criteria moet een onderscheid worden gemaakt tussen:

- een verslaving;
- occasioneel gebruik;
- ontkenning;

- een bredere psychische problematiek;
- de gebruikte psychoactieve stof (indien bekend), wetende dat deze term door de WHO uiterst ruim wordt omschreven. Valt bvb. alcohol in dit verband ook onder de bedoelde psychoactieve stoffen?

4.2. De vertrouwensrelatie

Op het moment dat het GPMI wordt opgesteld, moet de vertrouwensrelatie tussen maatschappelijk werker en cliënt nog groeien. Meteen over drugsgebruik of verslaving praten, is nefast. Vertrouwen opbouwen vraagt tijd.

Het opleggen van een medisch onderzoek of een behandeling kan leiden tot:

- intrekking van de hulpvraag;
- weigering;
- verzwijging;
- het verbreken van de band met het OCMW.

Succesvolle begeleiding berust op samenwerking en instemming van de persoon, en niet louter op dwang.

De vertrouwensrelatie tussen cliënt en maatschappelijk werker, net als deze tussen zorgverlener en patiënt, wordt door het voorontwerp onder druk gezet.

4.3. Risico op gedwongen behandeling

Het inkomen afhankelijk maken van een behandeling is:

- ethisch gevoelig;
- juridisch onzeker;
- maatschappelijk contraproductief.

Gedwongen of semi-gedwongen zorg wordt als weinig effectief beschouwd.

Verslavingszorg levert betere resultaten op wanneer deze gebaseerd is op:

- een minimale betrokkenheid;
- persoonlijke motivatie;
- een vertrouwensrelatie.

De verplichting dreigt uiteindelijk vooral te leiden tot schijnparticipatie en in het ergste geval tot afhaken en dus tot het niet bereiken van het beoogde doel.

Volgens de wet inzake patiëntenrechten mag bovendien geen enkele medische handeling worden opgelegd zonder vrije en geïnformeerde toestemming (wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, in het bijzonder artikel 8).

Zal een medisch onderzoek dat expliciet of impliciet verband houdt met het behoud van het recht op (equivalent) leefloon, niet worden beschouwd als gedwongen onderzoek en dus als een schending van de rechten van de patiënt?

4.4. Medische, deontologische en juridische kwesties

Het feit dat het OCMW een arts aanwijst of aanstelt, leidt tot verschillende mogelijke problemen:

- de inperking van de vrije keuze van een arts;
- verwarring tussen de sociale en de medische opdracht;
- druk op de arts om medische informatie te delen.

Bovendien kunnen we ons ook vragen stellen over het medisch beroepsgeheim:

- mag het OCMW weten of de persoon op de afspraak is verschenen?
- mag het OCMW de diagnose vernemen?
- mag het OCMW weten of de behandeling wordt gevolgd?
- welke informatie is de arts bereid door te geven?

Sommigen vragen zich af of deze aanpak in overeenstemming is met:

- de rechten van de patiënt;
- de medische deontologie;
- de interpretatie die de arbeidsrechtbanken hieraan zullen geven in geval van beroep.

4.5. Toegang tot zorg en praktische haalbaarheid

Door het tekort aan artsen, specialisten en verslavingsginstellingen is het bovendien onmogelijk om deze hervorming in de praktijk toe te passen. De reële wachttijden om op raadpleging te komen zijn niet verenigbaar met de voorziene termijnen.

Daarnaast rijzen er verschillende praktische vragen:

- Wie kiest deze zorgverlener?
- Wie is de “zorgverlener”? Kan dit vanuit een ruime invulling over een verpleegkundige, een psychotherapeut, enz. gaan? Of gaat het hier

alleen over artsen? Zo ja, moet men dan een specialist consulteren of een huisarts?

- Zullen de OCMW's een overheidsopdracht moeten uitschrijven om (een netwerk van) zorgverlener(s) op te zetten?
- Zal de zorgverlener deze opdracht aanvaarden?

Het is ook belangrijk op te merken dat de gezondheidszorg al overbelast is, als het gaat over geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie. Het lijkt in dit geval meer aangewezen dat de regering zich richt op het voorzien van een meer toegankelijk aanbod van gespecialiseerde diensten voor mensen met een verslavingsprobleem.

4.6. Financiële impact voor de OCMW's

Deze hervorming roept ook vragen op bij de OCMW's over de mogelijke extra kosten:

- consultatiekosten;
- reiskosten;
- behandelingskosten;
- administratieve opvolging en facturering.

Het risico bestaat dat deze kosten betaald zullen moeten worden met eigen lokale middelen.

4.7. Kans op sancties en uitsluiting

Wat als de cliënt het onderzoek weigert, de behandeling weigert, niet komt opdagen, een terugval krijgt of de behandeling afbreekt?

Het risico bestaat dat een toch al kwetsbare persoon wordt gesanctioneerd of zelfs wordt uitgesloten van het (equivalent) leefloon.

In dat geval is er geen sprake van een betere integratie in de maatschappij en kan dit leiden tot meer uitsluiting en tenslotte heel veel onrust.

Wat betreft de tijdelijke opschorting van het nakomen van de verslavingsafspraken in het GPMI, rijst de vraag wat het verschil is tussen de begrippen "tijdelijk niet in staat zijn om de behandeling te volgen" (+25 jaar) en tijdelijk niet in staat zijn om de behandeling te volgen door "omstandigheden buiten zijn wil om" (-25 jaar). Waarom dit onderscheid? Wat wordt verstaan onder "omstandigheden buiten zijn wil om"?

Gezien de medische impact en de ethische dimensie van het voorontwerp, vraagt de VVSG om advies in te winnen bij enerzijds de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren en anderzijds het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

4.8. Budgetbeheer:

De bepalingen over personen met budgetbeheerproblemen vragen om verduidelijking omdat er minstens twee soorten budgetbeheerproblemen te onderscheiden zijn:

- objectieve problemen met budgetbeheer: het budget is ontoereikend om de noodzakelijke vaste kosten te dekken, wat leidt tot een opeenstapeling van schulden. Het invoeren van begeleidende maatregelen lost dit structurele tekort niet op.
- subjectieve problemen met budgetbeheer: door een gebrek aan administratieve en/of digitale vaardigheden, aanpassingsmoeilijkheden, enz. is de persoon niet in staat zijn uitgaven goed te beheren.

Deze problemen met het budgetbeheer betekenen niet noodzakelijkerwijs dat er sprake is van een schuldenprobleem. In veel gevallen is er echter wel sprake van schulden. Verwijst het voorontwerp hier dan naar het begrip “schuldbemiddeling”? Dit is een buitengerechterlijke schuldenregeling die gebaseerd is op de vrijwillige medewerking van alle betrokkenen.

Of wordt hier specifiek verwezen naar de hulpverleningsvorm “budgetbeheer”? Bij budgetbeheer draagt de persoon vrijwillig het beheer van zijn of haar inkomsten over aan een professional. Hij of zij kan zelf niet meer over zijn of haar inkomsten beschikken. De vaste kosten worden betaald en de persoon ontvangt wekelijks een leefgeld.

De VVSG vreest dat dit ertoe zal leiden dat bepaalde kosten met het leefloon zullen moeten worden betaald. Dit staat op gespannen voet met het principe van zelfredzaamheid en het onbeslagbare en niet-overdraagbare karakter van het leefloon

De vraag rijst wat de term „begeleidingsprogramma“ concreet inhoudt. Kan elk OCMW dit vrij organiseren? Gaat het om individuele hulp en/of een collectief aanbod? We denken daarbij met name aan opleidingsmodules, spreekuren, budgetbegeleiding, budgetbeheer en schuldbemiddeling. Als deelname aan een begeleidingsprogramma verplicht wordt voor (equivalent) leefloongerechtigden, zal dit gevolgen hebben voor de relatie met het OCMW.

Budgetbeheer gebeurt nu op vrijwillige basis. Als dit een verplichting wordt, zal dit leiden tot veel discussies over geld, met een verhoogd risico op agressiviteit en een extra werklast. Ook hier bestaat het risico dat de cliënten van de radar verdwijnen.

Het huidige aanbod aan begeleidingsprogramma's, zowel binnen de OCMW's als in de verdere hulpverleningssector is ontoereikend. Wachtlijsten zijn legio. De bestaande financiering voor schuldbemiddeling is in de drie gewesten van het land al ontoereikend of ontbreekt volledig. De middelen van het federaal energiefonds kunnen hiervoor slechts in beperkte mate worden aangewend. Deze middelen dekkend geenszins de huidige kosten..

5. Terugbetaling equivalent leefloon en GPMI's - Artikels 6 en 7 tot wijziging van artikel 5, leden 1 en 2, van de wet van 2 april 1965

Het voorontwerp voert de verplichting in om een GPMI af te sluiten in elk dossier (equivalent) leefloon.

We verwijzen naar de diverse vragen vermeld in het advies van 28 april 2026. We vragen ook om de GPMI-procedure (uitvoeringstermijnen, evaluatietermijnen, enz.) voor alle GPMI's te harmoniseren. Wanneer dit niet gebeurt zal deze ontwerp tekst een stap terugzetten in plaats van vooruit in het bereiken van administratieve vereenvoudiging.

Wat specifiek artikel 6 betreft, dat artikel 5, § 1, van de wet van 1965 wijzigt, is het niet aangewezen om de federale basisfinanciering voor het equivalent leefloon te koppelen aan het afsluiten van een GPMI. De verplichting om een GPMI af te sluiten, de daarbij horende begeleiding en de administratieve opdrachten moeten kostendekkend gefinancierd worden. Bijvoorbeeld volgens een systeem dat vergelijkbaar is met dat van artikel 43/2 van de RMI-wet.

Over artikel 7, dat artikel 5, § 2ter wijzigt, voert een personeelssubsidie in gekoppeld aan het GPMI voor het equivalent leefloon. De subsidiëring van personeelskosten voor leefloongerechtigden is niet gekoppeld aan het opstellen van een GPMI. Wij vragen gelijke behandeling en dus dat de personeelssubsidie voor gerechtigden op equivalent leefloon ook niet gekoppeld wordt aan de ondertekening van het GPMI.

6. GPMI evaluaties - Artikel 8 van het voorontwerp tot wijziging van artikel 15 van het RMI-KB

De vermindering van het aantal jaarlijkse evaluaties, van drie naar twee, is een weliswaar beperkte vermindering van de administratieve werklast. Deze zeer

beperkte vermindering van de werklast weegt evenwel niet op tegen de bijkomende werklast die de hervorming van het GPMI met zich mee zal brengen.

De huidige werklast is nu al bijzonder groot en veel OCMW's hebben moeite om de geplande evaluaties uit te voeren. Als het aantal GPMI's zal toenemen, zal dit het positieve effect van de vermindering van het aantal evaluaties teniet doen.

De passage "en telkens wanneer de situatie dit rechtvaardigt" is onduidelijk en zorgt voor rechtsonzekerheid. De indruk wordt gewekt dat de beoordeling hiervan enkel toekomt aan het OCMW maar als de inspectie achteraf van mening is dat er een evaluatie had moeten gebeuren, dan zal dit gevolgen hebben voor de financiering van het OCMW.

Verder is er verduidelijking nodig over de praktische uitvoeringsmodaliteiten, met name wat betreft de vraag of de evaluaties al dan niet fysiek moeten plaatsvinden en de mogelijkheid om voor bepaalde doelgroepen gebruik te maken van modaliteiten op afstand.

Verder betreurt de VVSG dat de termijn om een GPMI af te sluiten, momenteel 3 maanden, niet verlengd wordt. Deze termijn van 3 maanden wordt al lang als onvoldoende beschouwd om:

- een degelijke sociale balans op te maken;
- de persoon meerdere keren te ontmoeten;
- een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Het gaat hier om een gekende en aanhoudende; vraag waarvan het belang nog toeneemt door het hogere aantal (equivalent) leefloongerechtigden als gevolg van de beperking van de werkloosheid in de tijd.

7. Subsidie personeelskosten - Artikel 10 tot wijziging van artikel 60 van het RMI-KB

Het is positief dat de besteding van de personeelssubsidie versoepeld wordt. De formulering "wegwerken van drempels die deze inschakeling belemmeren" vraagt evenwel verduidelijking.

Het moet duidelijk zijn dat de personeelssubsidie niet ingezet mag worden voor de financiering van medische onderzoeken, behandelingen, enz.

Bij elke hervorming moet erover gewaakt worden dat de OCMW's over voldoende middelen beschikken om hun opdracht uit te voeren .

De personeelssubsidie moet ook toegekend worden voor de periode van 3 maanden voorafgaand aan de ondertekening van het GPMI

8. Inwerkingtreding en overgangsmaatregelen - Artikel 11

Tussen de publicatie van de definitieve wet en de inwerkingtreding ervan, moet absoluut voldoende tijd voorzien worden om de interne procedures van de OCMW's aan te passen, de teams op te leiden en de IT-tools voor de opvolging van het GPMI te herzien.

De hervorming van het GPMI en de koppeling van het recht op OCMW-dienstverlening aan integratie-inspanningen moeten gelijktijdig ingevoerd worden. Hetzelfde geldt voor de voorstellen tot administratieve vereenvoudiging op basis van de resultaten van de studie over de werklust. Zo kunnen alle aanpassingen van het GPMI in één keer worden doorgevoerd, met een minimale toename van de werklust.

Bovendien is het aangewezen om de inwerkingtreding van al deze wijzigingen af te stemmen op de inwerkingtreding van de hervorming van de GPMI-financiering (wet van 17 november 2025) namelijk 1 januari 2028.

Het voorontwerp bevat geen overgangsmaatregelen. Voor de lopende dossiers stellen wij voor dat de aanpassingen aan de nieuwe wetgeving pas bij de volgende herziening of verlenging van het recht op (equivalent) leefloon moeten gebeuren. Gezien het grote aantal dossiers is het immers onmogelijk om ze allemaal in één keer te herzien.

9. Conclusie

Politiek hebben we begrip voor de door de minister nagestreefde doelstellingen. In de praktijk stellen we vast dat de voorgestelde oplossingen niet of zeer moeilijk werkbaar zijn. Bovendien leiden ze ook tot extra administratieve lasten in plaats van tot administratieve vereenvoudiging." We zijn ook steeds bereid om hierover verder mee na te denken. We geven alvast een paar suggesties mee onderaan dit advies.

Op basis van signalen vanuit het werkveld wil de VVSG daarom eerst zijn grote bezorgdheid uiten over:

- Zonder afbreuk te willen doen aan de meerwaarde die een GPMI kan hebben voor bepaalde cliënten hoeden we ons voor de invoering van een algemene verplichting om een GPMI af te sluiten voor alle cliënten zonder onderscheid ook voor deze waar de methodologische meerwaarde ervan niet is aangetoond.
- De invoering van een algemene verplichting om een GPMI op te stellen zal leiden tot een sterke verhoging van administratieve lasten terwijl er een daadwerkelijke vermindering was beloofd.
- Het leefloon gebruiken als hefboom om zorg op te starten is een nobel doel. De absolute onmogelijkheid om de verslaving aan een psychoactieve stof als gezondheids- of billijkheidsredenen in te roepen om geen GPMI af te sluiten kan voor een deel van deze doelgroep leiden tot het tegenovergestelde nl. de cliënt via begeleiding tot inzicht in zijn problematiek te brengen en zo de bereidheid om een behandeling aan te vatten bewerkstelligen. De ervaring wijst uit dat een algehele logica van therapeutische dwang, zonder ruimte te laten voor het opbouwen van een vertrouwensband, kan leiden tot sancties, verlies van het (equivalent) leefloon en beëindiging van de hulpverleningsrelatie niet werkt.
- We zijn bezorgd over ethische, medische, juridische en praktische kwesties, over het verplicht advies van een zorgverlener bij een vermoeden van verslaving, die de concrete toepassing ervan in de weg kunnen staan.
- Het OCMW kan bij het opleggen van budgetbegeleiding nog gezondheids- en billijkheidsredenen inroepen, maar het verplicht aanbieden van het begeleidingsaanbod moet volledig door het OCMW gedragen worden zowel financieel als qua personeelsinzet. Waar het OCMW momenteel voor beiden geen tijd en middelen heeft.
- Het koppelen van de terugbetaling van het equivalent leefloon aan de ondertekening van het GPMI, breekt fundamenteel in op de basisfinanciering van het OCMW. Deze werkwijze is niet geschikt als controle- instrument op ev. misbruik. We begrijpen deze bezorgdheid en zijn als VVSG bereid om mee na te denken over geschikte instrumenten.
- De personeelskost van slechts 518 euro/jaar/dossier (equivalent) leefloon moet volledig hiervoor ingezet kunnen worden. Het kan niet de bedoeling zijn om dit beperkte bedrag in te zetten voor de financiering van andere bijkomende kosten zoals bvb medisch onderzoek....

Concreet verzoeken we de minister om:

- Het voorontwerp met voorrang ter advies voor te leggen aan enerzijds de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren en anderzijds het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, gezien de medische reikwijdte en de diepgaande ethische dimensie ervan.
- De tekst van het voorontwerp te verduidelijken om verwarring te voorkomen tussen vrijstelling van de werkverplichting en vrijstelling van de GPMI-ondertekening, alsook tussen ongewijzigde bepalingen en toevoegingen.
- Indien het verplichte karakter van het GPMI via artikel 11 wordt uitgebreid, de termen “al dan niet” in de artikelen 2 en 10 van de RMI-wet te schrappen, aangezien deze als bron van verwarring worden beschouwd.
- Ervoor te zorgen dat alle (equivalent) leefloonbegunstigden de mogelijkheid behouden om af te wijken van de verplichting om een GPMI te ondertekenen om gezondheids- of billijkheidsredenen, teneinde begeleiding op maat mogelijk te maken.
- Expliciet te laten opnemen dat het engagement van de cliënt beoordeeld moet worden. Een verslaving is een ziekte. Het schorsen van het leefloon omdat er onvoldoende aanbod is, de cliënt hervalt of niet geneest kan geen reden zijn om over te gaan tot schorsing.
- De procedures die van toepassing zijn op het GPMI van erkend vluchtelingen, tijdelijk beschermden en subsidiair beschermden, waar nodig, te harmoniseren met de algemene GPMI procedures, met name wat betreft de uitvoeringstermijnen evaluaties en dat dergelijke maatregelen worden doorgevoerd in combinatie met de administratieve vereenvoudigingen die zijn voorgesteld naar aanleiding van het onderzoek van de Odissee-school naar de werkdruk.
- De procedures voor personen jonger dan 25 jaar en ouder dan 25 jaar op elkaar afstemmen (bijvoorbeeld wat betreft de begrippen „tijdelijk niet in staat zijn om de behandeling te volgen“ (+25 jaar) en „omstandigheden buiten de eigen wil“ (-25 jaar)).
- Te zorgen voor voldoende, aanvullende en structurele financiering voor elke nieuwe verplichting die aan de OCMW's wordt opgelegd.
- Structurele financiering niet in gevaar te brengen of afhankelijk te maken van de uitvoering van nieuwe taken door de OCMW's.
- Ervoor te zorgen dat de personeelskosten per dossier niet afhankelijk zijn van het sluiten van een GPMI.
- De passage “en telkens wanneer de situatie dit rechtvaardigt” te schrappen uit de regeling inzake de evaluaties van het GPMI, omdat deze zorgt voor rechtsonzekerheid.
- Verduidelijking te brengen bij de praktische modaliteiten van de evaluaties, met name wat betreft de vraag of deze ter plaatse of op afstand plaatsvinden.
- De termijn die momenteel op drie maanden is vastgesteld voor het sluiten van het GPMI te verlengen, om een degelijke en realistische begeleiding mogelijk te maken.
- Indien de hervorming ondanks de bedenkingen wordt doorgezet, te voorzien in een inwerkingtreding op zijn vroegst vanaf 1 januari 2028, waarbij voldoende tijd wordt voorzien voor het opstellen van een verduidelijkende omzendbrief. Zodat de OCMW's zich ook kunnen voorbereiden, gezien de momenteel hoge werkdruk. Bovendien is het wenselijk de inwerkingtreding van een dergelijke hervorming af te

stemmen op de inwerkingtreding van de hervorming voor erkend vluchtelingen, subsidiair beschermden en tijdelijk beschermenden waar de integratie inspanningen gekoppeld worden aan het recht op (equivalent) leefloon. Zo worden op korte termijn aanpassingen aan de GPMI-wetgeving vermeden en verzwakt de werkdruk van de medewerkers niet nog verder.

Tenslotte wil de VVSG de minister er in het algemeen op wijzen dat het belangrijk is om:

- Een GPMI-aanpak te hanteren die gericht is op individuele begeleiding, het creëren van een vertrouwensband en de betrokkenheid van de persoon, in plaats van op dwang.
- Verslaving te erkennen als een complex gezondheidsprobleem dat een aangepaste aanpak vereist, waarbij rekening wordt gehouden met het tempo van de persoon en de expertise van de maatschappelijk werkers.
- Te steunen op de reeds bestaande budgettaire regelingen (budgetbegeleiding, schuldbemiddeling, vermogensbeheerders, gespecialiseerde diensten) in plaats van nieuwe dwingende mechanismen in te voeren.
- Ervoor te zorgen dat elke hervorming gericht is op een daadwerkelijke administratieve vereenvoudiging en realistische termijnen vaststelt, in overeenstemming met de toezeggingen die aan de OCMW's zijn gedaan.
- Elke uitbreiding van de taken van de OCMW's te ondersteunen met voldoende personele en financiële middelen, zonder een impliciete overdracht van lasten naar de centra.

Zoals hierboven vermeld formuleren we hier enkele suggesties om het nagestreefde doel te bereiken en de voorgestelde oplossingen meer werkbaar te maken:

- Het is belangrijk dat er een voldoende aanbod aan hulpverlening is. Vandaag leggen rechtbanken ook al hulpverlening op, maar komen deze mensen terecht op een wachtlijst. We vragen daarom dat er aanvullend fors geïnvesteerd wordt in het uitbreiden van het nodige aanbod waaronder drughulpverlening en budgetbegeleiding.
- Het is positief dat het vaststellen van een verslavingsproblematiek de verantwoordelijkheid is en blijft van zorgverleners. Belangrijk is dat er aandacht besteed wordt aan de sensibilisering van deze zorgverleners over de nieuwe rol die zij in de toekomst zullen moeten opnemen in samenwerking met de OCMW-hulpverlening. Dat die samenwerking in het belang van de cliënt/patiënt is, zal onder de aandacht gebracht moeten worden om de zorgverleners te overtuigen om die rol op te nemen. Daarnaast zal er ook gewerkt moeten worden aan het wegwerken van een aantal obstakels zoals de praktische samenwerking regelen, juridische bedenkingen waaronder het beroepsgeheim.

We beseffen dat deze oplossingen pas op middellange en lange termijn impact kunnen hebben. In afwachting daarvan vragen we dat de minister rekening houdt met de hierboven aangehaalde bezorgdheden in de verdere uitwerking van het voorontwerp.